

**DATOS DEL PRODUCTOR:**

|   |                          |  |                       |           |                  |
|---|--------------------------|--|-----------------------|-----------|------------------|
| Nº Inscripción en SSN   |                          | Apellido/s y Nombre/s  |                       |           |                  |
| Domicilio   |                          |  |                       |           |                  |
| Código Postal   | Localidad                |  |                       | Provincia |                  |
| Característica Telefónica   | Teléfono Fijo Particular |  | Teléfono Fijo Laboral |           | Teléfono Celular |
| Correo Electrónico  |                          |  |                       |           |                  |
| Renovación automática para pólizas con vigencia de 4 meses o superior |                          | <div> <input type="checkbox"/> SI         <input type="checkbox"/> NO       </div> |                       |           |                  |

## OTROS N° DE INSCRIPCION:

|  |                 |  |                            |
|--|-----------------|--|----------------------------|
| C.U.I.T.   | Ingresos Brutos | Jubilación                                     | Condición frente al I.V.A. |
| Afiliación O.S.SEG. SI/NO N°                                   |                 | Inscripción en Impuestos a las Ganancias SI/NO |                            |
| Nro de CBU ( Si desea que allí se le deposite sus comisiones ) |                 |  |                            |

**DATOS PARTICULARES:**

|                           |                          |                       |                  |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------|
| Tipo de Doc.              | Nº de Doc.               | Domicilio Particular  |                  |
| Código Postal             | Localidad                | Provincia             |                  |
| Característica Telefónica | Teléfono Fijo Particular | Teléfono Fijo Laboral | Teléfono Celular |

**DATOS DEL ORGANIZADOR:**

|                           |                          |        |                       |                  |                  |
|---------------------------|--------------------------|--------|-----------------------|------------------|------------------|
| Organizador               |                          | N° SSN |                       | Teléfono Celular |                  |
| Código Postal             | Localidad                |        | Provincia             |                  |                  |
| Característica Telefónica | Teléfono Fijo Particular |        | Teléfono Fijo Laboral |                  | Teléfono Celular |

Lugar y Fecha:

Firma Productor

**PARA USO EXCLUSIVO DE BENEFICIO S.A.:**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Agencia

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Zona

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Código de Productor

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Código Organiz.

Boca de Despacho:  
(marcar lo que corresponde )

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |
| Ros | Bue | Sal |

Tipo de Despacho:  
(marcar lo que corresponde )

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|            |             |
|------------|-------------|
| AI Produc. | AI Organiz. |
|------------|-------------|

Observaciones:

Controló:

Firma Director

# PLAN COMISIONAL

| COMISIONES SOBRE PRIMA  |                    |                      |
|---|--------------------|----------------------|
| SECCION   | COMISION PRODUCTOR | COMISION ORGANIZADOR |
| VIDA INDIVIDUAL   | %                  | %                    |
| VIDA COLECTIVO  | %                  | %                    |
| DEUDORES DE UN ACREEDOR   | %                  | %                    |
| VIDA COLEC. OBL. DEC. 1.567/74  | %                  | %                    |
| ACCIDENTES PERSONALES   | %                  | %                    |
| SALUD   | %                  | %                    |
| VIDA COLEC. OBL. LEY 16.600   | %                  | %                    |
| SEPELIO   | %                  | %                    |
| COMISION POR COBRANZAS SOBRE PREMIO EXCEPTO VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO DECRETO 1.567/74 |                    | %                    |

Lugar y Fecha:

Firma Productor

Observaciones:

Controló:

Firma Director